

PELVIPERITONITIS ENTEROBIASICA

R. A. DURON M, (*)

O. ZAVALA C. (**)

HISTORIA: La presencia del *Enterobius Vermicularis* adulto o de sus huevecillos en granulomas del peritoneo pélvico ha sido descrita en aproximadamente 33 oportunidades. Symmers (15) en 1930, en una revisión completa de la patología oxiuriásica enlistó hasta aquella fecha 16 casos de granulomas enterobiásicos en el peritoneo pélvico en mujeres jóvenes, a los cuales agregó 2 casos propios. Gilí & Smith (9) en 1952, agregaron 2 casos más de granulomas enterobiásicos por debajo de la superficie serosa de los ovarios y fueron considerados como hallazgos incidentales que no habían provocado sintomatología.

Croce y Cols. (5) 1956, en el estudio de una pieza de salpingooforitis, encontraron en la superficie serosa de la misma, un granuloma conteniendo huevecillos de *E. Vermicularis* y fragmentos del parásito adulto. Beddoe (2) en el mismo año, informó otro caso de granuloma oxiuriásico en el peritoneo pélvico de una joven de 16 años. En 1958, Arthur y Tomlinson (1), informaron la presencia de granulomas enterobiásicos en la superficie peritoneal de un cistadenoma pseudomucinoso del ovario. Lansman y Cols. (10) en 1960, informaron también la presencia de un granuloma por huevecillos de oxiuro en una banda adherente entre útero y ovario, en cuya superficie habían lesiones de endometriosis. Campbell y Bowman (4) en 1961, mencionan un caso adicional de granuloma enterobiásico encontrado en la serosa del apéndice conteniendo un parásito adulto hembra fecundado, sin lesiones de la mucosa y pared del apéndice. En el mismo año Ehbehoj (6), informó sobre un granuloma situado en un pequeño quiste en la punta de una hernia inguinal derecha en una mujer joven sin historia de apendicitis ni perforación intestinal. Sla's (14) en 1962, informó sobre 4 casos de granulomas enterobiásicos en el pelvipitoneo de mujeres jóvenes. En ese mismo año, Brooks y Cols. (3), encontraron una granulomatosis múltiple en el pelvipitoneo de una mujer. Los nódulos se localizaban principalmente en la serosa tubárica, ovárica y extremo distal del apéndice cecal. Cárnica y Biagi (8) en 1964, encontraron en la autopsia de una mujer de 44 años de edad, muerta de cáncer cervicouterino, dos nódulos perifonéales, uno en el yeyuno y otro cerca de la válvula ileocecal, como hallazgos incidentales.

INFORME DE UN CASO CLÍNICO: Se trataba de una mujer de 31 años de edad, Maestra de Instrucción Primaria, quien ingresó por primera vez al hospital con historia de dolor abdominal a nivel del hipogastrio* intenso, de cinco días de duración, tipo cólico. Dicho dolor fue aumentado progresivamente, irradiándose a la región lumbar. Era de tal intensidad que le impedía el reposo y le hacía contorsionarse. El cuello uterino estaba erosionado, con abundante secreción purulenta a través del orificio externo. No podía palparse el fondo del útero debido a la resis-

(*) Jefe del Departamento de Patología. Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A.

(**) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A.

tencia abdominal. Las regiones anexiales eran francamente dolorosas. Había fiebre de 39° C, leucocitosis de 15,650 con neutrofilia de 86%. Se hizo diagnóstico de pelviperitonitis aguda y se instituyó tratamiento con antibióticos. A los nueve días del ingreso, el cuadro clínico había mejorado y se dio el alta. 4 días después reingresó con historia de metrorragia. No había dolor. Al examen ginecológico se notaba cuello erosionado y duro. La matriz de tamaño normal rechazada hacia la derecha, por una masa anexial izquierda, remitente, no movilizable, que ocupaba la fosa iliaca izquierda y parte del fondo de saco posterior, midiendo aproximadamente 6 cms. de diámetro. Se hizo el diagnóstico de quiste ovárico y hematocele. Una semana después se practicó la siguiente intervención quirúrgica: "incisión paramedia infraumbilicar izquierda, rechazamiento del músculo recto hacia afuera y apertura del pelviperitoneo".

Se apreciaban adherencias de la trompa derecha al sigmoide, las cuales fueron liberadas. La trompa izquierda estaba edematizada, gruesa, aumentada de volumen, notándose una tumoración redondeada sustituyendo al ovario izquierdo. La trompa derecha estaba también inflamada, pero en 'menor grado que la izquierda. El ovario derecho era de apariencia normal. Se hizo disección, completa de la tumoración ovárica, practicándose salpingo-ooforectomía izquierda según la técnica habitual. Se nota el apéndice en posición retrocecal, adherido fuertemente a la pared del ciego, siendo también extirpado".

Se dio el alta al 7° día post-operatorio. En el Departamento de Patología se recibió la trompa uterina izquierda midiendo 6 x 1 cms. Se encontró un nódulo blanco amarillento de 0.5 cms. cerca del pabellón, bien delimitado y del cual se hicieron múltiples cortes. El ovario izquierda contenía un quiste de 6 cms. de diámetro. Se recibió también un apéndice sin lesiones macroscópicas. El examen histológico mostró proceso de salpingitis difusa y a nivel del nódulo mencionado había una reacción grammatosa con gran cantidad de eosinófilos. En el centro necrótico del nódulo hablan múltiples huevecillos de *Enterobius vermicularis*, fácilmente identificables. No fue posible encontrar restos del parásito adulto. Se practicaron extensiones directas del centro necrótico del nódulo y se examinaron con suero fisiológico al microscopio, volviéndose a encontrar los huevecillos del parásito, igual que en un examen corriente de materias fecales. En vista de estos hallazgos se practicaron estudios coproparazitoscópicos en busca de, oxiuriasis intestinal con resultados negativos. No había historia reciente de prurito anal y la búsqueda de parásitos en región perianal, mediante la técnica de celofán fue también infructuosa".

COMENTARIOS: La referencia más antigua sobre la presencia del *Enterobius Vermicularis* en el tracto genital de la mujer, data desde 1901 por Marro, G. según Schenken & Tamisiea (13). Se ha ido reconociendo en los últimos años un tipo de "emigración urogenital" de este parásito a partir de las regiones perianales en mujeres infestadas por el mismo. Los parásitos hembras fecundados acostumbran aovar en la región perianal donde provocan prurito intenso. Una vez cumplida esta misión penetran de regreso al intestino grueso en condiciones normales. En la entidad que estamos describiendo, yerran su trayecto, pasan a la vulva y luego ascienden por vagina, cuello uterino, endometrio, pasando luego a las trompas uterinas y a través del pabellón pasan al peritoneo pélvico de la mujer. Esta consecuencia lógica parece haber sido demostrada plenamente al haberse comprobado la presencia de granulomas enterobiásicos en todos los sitios mencionados. Así Klee, ref. por Nairn (11) en 1920, encontró un parásito fecundado en una lesión granulomatosa de cuello uterino. Fatheree y Cols. (7) en 1951, informaron un caso de invasión parasitaria en el útero. Se trataba de una mujer de 26 años a quien se le practicó una histerectomía por severa dismenorrea. Se encontró un nódulo enterobiásico en la cara posterior del útero. Nairn y Duguid (11) en 1954, informaron el hallazgo de un granuloma conteniendo una hembra fecundada de *Enterobius vermicularis*

en el examen histológico **rutinario** de material **endometrial obtenido** por **legrado uterino**. Como el curetaje **fue** practicado a escasos días del próximo sangrado menstrual, los autores propusieron que el granuloma **había** llegado a su completo desarrollo en no menos **de** tres semanas y que probablemente dicho granuloma hubiera sido expulsado con la menstruación de no haberse practicado el legrado. Schenken & Tamisiea (13) en **1956**, encontraron en el útero de una paciente recientemente hysterectomizada lesiones granulomatosas en la porción basal del endometrio, conteniendo hembras adultas bien preservadas de *E. vermicularis*, indicando que posiblemente su ocurrencia en esta localidad es más común de lo que la literatura médica indica, y que su hallazgo ocasional se deba probablemente a que el parásito no logra establecerse en el endometrio debido al desprendimiento de la lesión con el establecimiento de la menstruación normal.

En el caso que hemos informado se demuestra la presencia de un granuloma por huevecillos de *Enterobius Vermicularis* en el pabellón de la trompa uterina en una paciente que previamente había sufrido un acceso de pelviperitonitis aguda. Encontramos lógico que la presencia del parásito en posición alta del tracto genital de esta paciente haya tenido relación con la producción de la pelviperitonitis. Es muy probable que el parásito adulto, el cual no fue encontrado, haya caído en la cavidad pelviperitoneal a través del orificio externo de la trompa, provocando reacción inflamatoria aguda, tanto por su presencia como por contaminación bacteriana que lógicamente el parásito arrastra consigo. A ello quizás fue debido el éxito del tratamiento con antibióticos instituido inicialmente a la paciente. El cirujano no describió la presencia de granulomas en el peritoneo o porque no existían o porque pasaron desapercibidos, concentrando toda su atención a la patología anexial existente. Las lesiones peritoneales que describe indican un proceso residual de cicatrización consecutivo a inflamación reciente. Al revisar los casos informados en la literatura, nos damos cuenta que la pelviperitonitis enterobiásica puede presentarse ya sea con granulomas aislados como en el caso nuestro o con granulomas múltiples.

RESUMEN

Se hace una revisión de la mayor parte de los casos de pelviperitonitis enterobiásica informados, los cuales suman a 33 aproximadamente, agregando el primer caso de esta entidad encontrado en Honduras. Se hacen comentarios sobre esta nueva entidad patológica debida a la emigración urogenital del parásito adulto hembra fecundado en mujeres jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ARTHUR, H. R., and TOMLINSON, B. ÜL: Oxyuris granulomata of Fallopian tube and peritoneal Surface of Ovarian Cyst. J. Obstet Gynec Brit. Emp 65: 996-997 (Dec.) 1958.
- 2.—BEDDOE, H. L.: Peritoneal granuloma due to *Enterobius vermicularis*. Amer J. Dis. Child. 91: 577-80, 1956.
- 3.—BROOKS, Thomas J.; GOETZ, Catharine C, and PLAUCHE Warren C: Pelvic granuloma due to *Enterobius vermicularis*. J.A.M.A. **179**: 492-494 (Feb.) 1962.
- 4.—CAMPBELL, C. G., and BOWMAN, J.: *Enterobius vermicularis* granuloma of pelvis. Amer. J. Obstet. Gynec. 81.: 256-258 (Feb.) 1961.
- 5.—CROCE, E. J.; MAEGILLIVRAY, W. F., and MURPHY, C. J.: Salpingitis due to *Enterobius vermicularis*; report of a case, N. England, J. M. 254 (2): 67-9, 1956.
- 6.—EBBEHOJ, J.: Oxyurgranulom, Oxyuriasis peritonei, Ugeskr. Laeg 123: 308-9 (Mar.) 1961.
- 7.—FATHEREE, J. P.; CARRERA, G. M. and BEAVER, p. C.: *Enterobius vermicularis* in human uterus, Mississippi Doctor, 29: 159-161 (Dec.) 1951.
- 8.—GARNICA, Raúl Delgado y BIAGI F., Francisco: Problemas Quirúrgicos por *Enterobius vermicularis*. Rev. Fac. Med. 5: 251-258, 1964.

9. GIIX, A. J. and SMITH, A. L.: Presence of *Enterobius vermicularis* in the ovary. *Am. J. Clin. Path.* 22 (9): 879-82, 1952.
- 10.- LANSMAN, H. A., LAPIN, A., and BLAUSTEIN, A.: Pelvic *Oxyurus granuloma* Associated with endometriosis. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 79: 1178, 1960.
- 11.—NAIRN, R. C, and DUGUID, H. D.: *Oxyuris granuloma* of the endometrium, *J-Clin. Path.* 7: 228-230 (Aug.) 1954. 12.-- PETER, H.: *Zentralbl. Gynaek*, 77: 41, 1957.
- 13.—SCHENKEN, J. R. and TAMISIEA, J.: *Enterobius vermicularis* (pinworm) infection of endometrium, *Amer. J. Obetet. Gynec.*, 73: 913-914 (Oct.) 1956.
- 14.- SLAIS, J.: **Zur Pathogense** der *Oxyureng*ranuloma, *ZBL. Allg. Path.* 103: 214-22 (Mar.) 1962.
- 3 5.—SYMMERS, W. ST. C: Pathology of **Oxyuriasis** with special reference to granulomas **due to** presence of *oxyuris vermicularis* (*Enterobius vermicularis*) and its ova in **tissues**. *Arch. Path.* 50: 475-516 (Oct.) 1950.